

Keck Medical Center of USC (KMC), el cual incluye a Keck Hospital of USC, USC Norris Cancer Hospital y Verdugo Hills Hospital (VHH), está comprometido con proveer atención de calidad a nuestros pacientes. Sabemos que el pago por los servicios puede representar una dificultad financiera para usted en este momento. KMC ofrece asistencia financiera para ayudar a las personas que pueden calificar, para reducir o eliminar su obligación del costo por la atención que reciban.

Adjunto a esta carta, encontrará una solicitud para autorizar una evaluación de su problema monetario. Si desea ser considerado para el programa de asistencia financiera, tiene que completar la solicitud. Si su situación financiera cumple con el criterio de elegibilidad establecido por el Programa de asistencia financiera de KMC, usted podría ser elegible para que se le perdone total o parcialmente la deuda.

Para procesar esta solicitud requerimos:

- La solicitud adjunta completa en su totalidad.
- Usted tiene que firmar y colocar la fecha en la solicitud de asistencia financiera. Si el paciente/garante y/o el cónyuge proporcionan información, ambos deben firmar la solicitud.
- Copia de su cheque de alquiler cancelado más reciente, contrato de arrendamiento o pago de la hipoteca.
- Copia de los últimos dos recibos de pago de cualquier salario adquirido.
- Copias de dos meses consecutivos estados de cuenta bancarios (cheques/ahorros).
- Copia de su discapacidad, declaración del pago del Seguro Social, aviso de elegibilidad para los beneficios por desempleo y estado de cuenta bancario que refleje los depósitos.
- Si no tiene una fuente de ingresos o documentos que comprueben los ingresos, proporcione una carta explicando cómo se mantiene usted mismo y a su familia. Esta es una declaración escrita y firmada por un miembro de la familia o amigo que le esté proporcionando alojamiento y alimentación y/o ingresos.
- Copia de su declaración de impuestos más reciente, incluyendo todos los anexos y documentos adjuntos correspondientes que se presentaron al Servicio de Rentas Internas.
- Si su declaración de impuestos más reciente no está disponible, entonces necesitaremos uno de los siguientes:
 - carta de concesión del Seguro Social;
 - comprobante de que no presentó la declaración del IRS (llame al 800-829-1040 para obtener una copia);
 - si usted no ha archivado declaración de impuestos federales, y han solicitado una extensión de impuestos, por favor incluya, la declaración de impuestos del año anterior.

Hemos visto que sus ingresos de los registros fiscales anteriores posiblemente no reflejan adecuadamente sus circunstancias actuales. Es importante que complete y envíe la Solicitud de asistencia financiera completa junto con todos los documentos requeridos en un plazo de quince (15) días.

Envíe su solicitud de asistencia financiera y sus documentos requeridos:

- Correo: Keck Medicine of USC
Atencion: Financial Assistance Coordinator
1000 S Fremont Ave
Unit 16, Building A13
Alhambra CA 91803
- Fax Seguro:
 - For all Facilities: 323-865-5672
- Correo Electronico: pfscustomerservice@med.usc.edu

Comuníquese con el Coordinador de Asistencia Financiera

- Llame al: 855-532-5729

Cuando hayamos revisado su solicitud, le notificaremos nuestra decisión por escrito, tan pronto como sea posible. Si desea hablar sobre su cuenta o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios financieros para pacientes al 855-532-5729

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Información demográfica	Nombre		Fecha de nacimiento		Cónyuge/pareja		Fecha de nacimiento		
	Dirección				Ciudad		Estado		Código postal
	Tiempo de residir en la dirección actual ___ Renta ___ Propia ___ Años ___ Meses				Condado		Estado civil ___ Casado ___ Soltero ___ Divorciado ___ Viudo		
	Número del celular		Número del trabajo	Número de la casa	Número del celular del cónyuge		Número del trabajo del cónyuge		
	Enumere a TODAS las personas que viven en su hogar; incluidos los dependientes (adjunte una hoja adicional si es necesario)								
	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento		Relación con el solicitante		
	1								
	2								
	3								
	4								
Propio				Cónyuge					
N.º de Seguro Social				N.º de Seguro Social					
Empleado por				Empleado por					
Dirección comercial				Dirección comercial					
Ocupación				Ocupación					
Duración del empleo ___ Años ___ Meses ___ Horas trabajadas a la semana				Duración del empleo ___ Años ___ Meses ___ Horas trabajadas a la semana					

Ingresos: representan todas las cantidades que reciba en efectivo de todas las fuentes, antes de impuestos.

Brutos mensuales propios

Brutos mensuales del cónyuge

Fuente de ingresos

Ingresos brutos		Ingresos brutos	
Seguro Social/SSI/SSDI		Seguro Social/SSI/SSDI	
Asistencia pública		Asistencia pública	
Ingresos de propiedad en alquiler		Ingresos de propiedad en alquiler	
Compensación de los trabajadores		Compensación de los trabajadores	
Desempleo		Desempleo	
Manutención infantil		Manutención infantil	
Otro		Otro	
TOTAL		TOTAL	

Activos/propiedad

Monetaria		Efectivo en mano			
Ahorros		Cuenta de fideicomiso			
Acciones/bonos		Cooperativa de crédito		Otro	

Gastos mensuales

Renta/pago de la casa		Seguro de automóvil		Seguro de vida	Seguro médico
Impuesto sobre bienes inmuebles		Teléfono/teléfono celular		Alimentos	Agua y alcantarillado
Seguro de propiedad		Pago de vehículo		Gasto de guardería	Gastos médicos
Gas		Pago de vehículo		Gastos de manutención infantil	Otro/especifique:
Electricidad					TOTAL

Documentos requeridos:

- comprobante de ingresos (por ejemplo, 2 recibos de pago para cada persona que tenga un salario, SS, SSI, SSDI, asistencia pública, ingresos por alquileres, jubilación, pensión, beneficios de VA, desempleo, compensación de los trabajadores, manutención infantil, pensión alimenticia u otros);
- copia de su declaración de impuestos más reciente, que incluya todos los anexos y documentos adjuntos correspondientes;
- copia de dos estados de cuenta bancarios (monetario/ahorros) con todas las páginas;
- copia de su cheque de alquiler cancelado más reciente, contrato de arrendamiento o pago de la hipoteca;
- declaración escrita de un miembro de la familia o amigo que le esté proporcionando alojamiento y alimentación y/o ingresos;
- solicitud completa de asistencia financiera.

CESIÓN DE DERECHOS

Al firmar a continuación, declaro bajo pena de perjurio que la información y las declaraciones incluidas en esta solicitud de asistencia financiera y en toda la documentación que envío son exactas, verdaderas y correctas. Por este medio doy mi autorización para que usted revise mi historial de crédito a fin de evaluar esta solicitud para ser considerado para recibir asistencia financiera.

Entiendo que, si es necesario, Keck Medical Center of USC podría hacer solicitudes razonables de información adicional y verificación.

Entiendo que Keck Medical Center of USC mantendrá confidencial la información y las declaraciones que he proporcionado.

Entiendo que completar la solicitud permitirá que Keck Medical Center of USC analice mis circunstancias.

Entiendo que Keck Medical Center of USC no da ninguna declaración de garantía de la asistencia financiera.

Yo/nosotros por este medio certifico/certificamos la información anterior y autorizo/autorizamos para que usted obtenga información de crédito relacionada conmigo/nosotros.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Información Adicional (si necesario) :